



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO SCIENTIFICO STATALE**

FRANCESCO D'ASSISI

00172 ROMA - Viale della Primavera, 207 - 06121122745 - FAX 062415987

00171 ROMA - Via Castore Durante, 11 - 06121122765 - FAX 0624416806

✉ RMPS10000A@istruzione.it - <https://www.liceofrancescodassisi.edu.it/>

codice fiscale 80205370580 - Cod. mecc. RMPS10000A

Distretto XV

Modulo di intolleranze/allergie/medicine da restituire compilato e firmato alla commissione di organizzazione del viaggio di istruzione/stage

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/a.....classe.....partecipante al viaggio di istruzione/stage che si svolgerà nella località didal.....al.....

DICHIARANO

Che il/la proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (*indicare in stampatello nello spazio sottostante e in caso di cibi, specificare cosa può mangiare in alternativa*)

.....
.....

Che il/la proprio/a figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco.....

Posologia.....

Altre dichiarazioni

.....
.....

Si allega certificazione medica: SI NO

Data.....

Firma di entrambi i genitori/tutori

.....
.....